

Южно-Казахстанский Государственный
Фармацевтическая Академия
Кафедра: Детские болезни

СРИ

Тема: Неатложный помощь при судорожном и
гипертермическом синдроме у детей

Выполнила: Илесбаева М.Б.

Проверила: Махатова В.К.

Судорожный синдром

Судороги представляют собой внезапные приступы клонических, тонических или клоникотонических непроизвольных и кратковременных сокращений мышц с потерей или без потери сознания. Различают общие (генерализованные) и частичные (парциальные) судороги.

Причина судороги

- Интоксикация
- Инфекции
- Травмы
- Заболевания ЦНС

- Судорожный синдром - типичное проявление эпилепсии, спазмофилии, токсоплазмоза, энцефалита, менингита и др. Часто причинами судорог также могут быть нарушения обмена веществ (гипокальциемия, гипокалиемия, ацидоз), эндокринопатология, гиповолемия (рвота, понос), перегревание. У новорожденных причинами судорог могут быть асфиксия, гемолитическая болезнь, врожденные дефекты центральной нервной системы.

- Клонические судороги у детей - это быстрые мышечные сокращения, следующие друг за другом через короткий промежуток времени. Они бывают ритмическими и неритмическими и характеризуются возбуждением коры головного мозга.
- Тонические судороги представляют собой длительные мышечные сокращения, возникают медленно и длятся продолжительное время. Они могут быть первичными или возникать сразу после клонических судорог, бывают общими или локализованными.

- При судорожном синдроме ребенок внезапно теряет контакт с окружающей средой, его взгляд становится блуждающим, затем глазные яблоки фиксируются вверх или в сторону. Голова запрокинута, руки согнуты в кистях и локтях, ноги вытянуты, челюсти сжаты. Возможно прикусывание языка. Дыхание и пульс замедляются, возможно апноэ. Эта тоническая фаза клоникотонических судорог, которая длится не более минуты. Вторая фаза - клоническая - начинается с подергивания мышц лица, затем судороги переходят на конечности и становятся генерализованными; дыхание шумное, хрипящее, на губах появляется пена; кожа бледная, отмечается тахикардия. Такие судороги бывают более продолжительными и могут привести к летальному исходу.

Диагностика

- анамнез жизни- течение родов, анамнез заболевания
- спинномозговая пункция
- Электроэнцефалография
- Эхоэнцефалография
- исследование глазного дна
- исследования головного мозга и центральной нервной системы.

Неатложная помощь при судорожном синдроме

- Первыми мероприятиями на догоспитальном этапе при судорожном синдроме у детей являются следующие:
- Уложить ребенка на ровную мягкую поверхность;
- Убрать все повреждающие предметы;
- Обеспечить доступ свежего воздуха;
- Расстегнуть стесняющую одежду;
- Заложить в ротовую полость между коренными зубами шпатель (ложку), обернутый ватой и бинтом, или узел салфетки;

- Ввести противосудорожные препараты:
- Мидазолам (дормикум), внутривенно в дозе 0,2 мг/кг, внутримышечно в дозе 0,3 мг/кг. Препарат можно ввести и ректально через тонкую канюлю в прямую кишку в дозе 0,4 мг/кг;
- При судорожном синдроме применяют диазепам (седуксен, реланиум) - внутривенно в дозе 0,3-0,5 мг/кг, в последующем можно вводить половину дозы внутривенно, половину - внутримышечно;
- Оксигуриат натрия (ГОМК) - внутривенно или внутримышечно в виде 20%-ного раствора в дозе 50-70-10 мг/кг или по 1 мл на год жизни. Применение его капельно в 5%-ном растворе глюкозы позволяет избежать повторных судорог;
- Дроперидол или аминазин с пипольфеном - по 2-3 мг/кг каждого препарата внутримышечно или внутривенно;
- При судорожном синдроме в качестве первой помощи применяется 2%-ный раствор гексенала или 1 %-ный раствор тиопентала, ввести внутривенно медленно до прекращения судорог;
- При длительных судорогах провести гормональную терапию - преднизолон по 2-5 мг/кг в сутки, гидрокортизон по 10 мг/кг в сутки. Суточная доза в 2-3 приема внутривенно или внутримышечно.

- При осложнении судорожного синдрома нарушениями дыхания, кровообращения и водноэлектролитного обмена, непосредственно угрожающими жизни ребенка, интенсивную терапию начинают с устранения этих явлений, а затем вводят противосудорожные препараты. Госпитализация детей с тяжелыми проявлениями судорожного синдрома обязательна, несмотря на выведение из судорожного состояния.

Гипертермия у детей

- Гипертермия (лихорадка) - самый частый симптом заболеваний у детей. В настоящее время известно, что гипертермия – защитно-компенсаторная реакция, благодаря которой усиливается иммунный ответ организма на болезнь, так как:
 - возрастает бактерицидность крови;
 - повышается активность лейкоцитов;
 - повышается выработка эндогенного интерферона;
 - усиливается интенсивность метаболизма.
- В основе лихорадки лежит возникающий в результате инфекционного процесса, стрессовых ситуаций, интоксикаций, аллергических реакций и других причин дисбаланс между теплопродукцией и теплоотдачей.

Классификация гипертермии

- Субфебрильную ($37,2-38^{\circ}\text{C}$), низкую (умеренную)
- Фебрильную ($38,1-39^{\circ}\text{C}$), высокую фебрильную ($39,1-41^{\circ}\text{C}$) и гипертермическую - свыше $41,1^{\circ}\text{C}$.
- По длительности лихорадка может быть:
- Эфемерная - от нескольких часов до 2 дней;
- Острая - до 15 дней;
- Подострая - до 45 дней;
- Хроническая - свыше 45 дней.

Симптомы гипертермии

- У ребенка при внезапном повышении температуры тела наблюдаются симптомы вялость, озноб, одышка, он отказывается от еды, просит пить. Увеличивается потоотделение. Если своевременно не оказана помощь, то появляются двигательное и речевое возбуждение, галлюцинации, клоникотонические судороги. Ребенок теряет сознание, дыхание частое, поверхностное. В момент судорог может наступить асфиксия, ведущая к смертельному исходу. Часто у детей с гипертермическим синдромом наблюдаются симптомы нарушения кровообращения: падение артериального давления, тахикардия, спазм периферических сосудов

- Для клинической оценки гипертермии необходимо учитывать не только величину температуры, но и продолжительность гипертермии, и эффективность антипиретической терапии. Неблагоприятным прогностическим симптомом является лихорадка выше 40 °С и злокачественная лихорадка. Длительная гипертермия - также прогностически неблагоприятный признак. Началом неотложной помощи у детей при гипертермическом синдроме являются симптомы: повышение температуры выше 38 °С, фебрильные судороги в анамнезе, гипоксическое поражение центральной нервной системы антенатального и перинатального происхождения, возраст до 3 месяцев жизни.

Неотложная помощь при гипертермии

- 1. При оказании неотложной помощи уложить ребенка в постель. Расстегнуть стесняющую одежду. Обеспечить доступ свежего воздуха. При ознобе, холодных конечностях согреть ребенка, укрыть, положить грелку к ногам. В зависимости от показателей температуры провести следующие мероприятия. При $37-37,5^{\circ}\text{C}$ - дать обильное питье;
- 2. При $37,5-38^{\circ}\text{C}$ - провести физическое охлаждение: раскрыть ребенка, обтереть кожу спиртом или столовым уксусом, приложить холод к паховым областям, области печени, обдуть вентилятором, сделать промывание желудка и кишечника водой комнатной температуры;
-

- 3. В качестве неотложной помощи при температуре 38,0-38,5 °С внутрь дать парацетамол (0,05-0,2 г/кг массы, аспирин, жаропонижающие свечи («Цефекон», «Эффералган» и др.) Аспирин, цефеконовые свечи детям раннего возраста применять не рекомендуется;
- 4. При оказании первой помощи при температуре 38,5°С и выше ввести
- литическую смесь: 50%-ный раствор анальгина, 1 %-ный раствор димедрола, 2%-ный раствор папаверина 0,1 мл на год жизни.